

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1936

THÈSE

N°.....

598

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

René GELOT

Né le 23 mai 1912 à La Rochelle (Charente-Inférieure).

---

**A propos**  
**d'un cas exceptionnel d'utérus double**

---

*Président : M. GRÉGOIRE, Professeur.*

---

PARIS  
JOUVE & C<sup>ie</sup>, EDITEURS  
15, Rue Racine, 15

---

1936



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1936

THÈSE

N° .....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

René GELOT

Né le 23 mai 1912 à La Rochelle (Charente-Inférieure).

---

**A propos**  
**d'un cas exceptionnel d'utérus double**

---

*Président : M. GRÉGOIRE, Professeur.*

---

PARIS  
JOUVE & C<sup>ie</sup>, EDITEURS  
15, Rue Racine, 15

---

1936

I. — PROFESSEURS

|                                                                     |                    |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                                                     | MM.                |
| Anatomie .....                                                      | ROUVIERE.          |
| Physiologie .....                                                   | Léon BINET.        |
| Physique médicale .....                                             | STROHL.            |
| Chimie médicale .....                                               | DESGREZ.           |
| Bactériologie .....                                                 | Robert DEBRÉ.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  | BRUMPT.            |
| Pathologie médicale et générale.                                    | BAUDOUIN.          |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | CHEVASSU.          |
| Anatomie pathologique .....                                         | ROUSSY.            |
| Histologie .....                                                    | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                                                 | HARVIER.           |
| Hygiène et médecine préventive .....                                | TANON.             |
| Médecine légale .....                                               | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      | Maurice VILLARET.  |
|                                                                     | LOEPER.            |
| Clinique médicale .....                                             | CARNOT.            |
|                                                                     | CLERC.             |
|                                                                     | Marcel LABBÉ.      |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    | LEREBOULLET.       |
| Clinique des maladies des enfants .....                             | NOBÉCOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            | LEMIERRE.          |
|                                                                     | CUNEO.             |
| Clinique chirurgicale .....                                         | GOSSET.            |
|                                                                     | GRÉGOIRE.          |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | LENORMANT.         |
| Clinique urologique .....                                           | TERRIEN.           |
|                                                                     | MARION.            |
| Clinique d'accouchements .....                                      | BRINDEAU.          |
|                                                                     | COUVELAIRE.        |
| Clinique gynécologique .....                                        | JEANNIN.           |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 | MOCQUOT.           |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               | OMBREDANNE.        |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             | RATHERY.           |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           | LEMAITRE.          |
| Clinique propédeutique .....                                        | Pierre DUVAL.      |
| Clinique de la Tuberculose .....                                    | SERGEANT.          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....                | BEZANÇON.          |
|                                                                     | MATHIEU.           |
|                                                                     | HOVELACQUE.        |
| Professeurs sans chaire .....                                       | MULON.             |
|                                                                     | OLIVIER.           |
|                                                                     | VERNE.             |

II. — AGREGES EN EXERCICE

|                                        |                                                 |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| MM.                                    | MM.                                             |
| BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.    | GALLIARD .... Parasitologie.                    |
| BERNARD (Étienne) Pathologie médicale. | GASTINEL .... Bactériologie.                    |
| BEZANÇON                               | DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale. |
| (Justin) .... Hydrologie.              | GAYET ..... Physiologie.                        |
| BOULIN ..... Pathologie médicale.      | GIROUD ..... Histologie.                        |
| BULLIARD .... Histologie.              | HAGUENAU .. Pathologie médicale.                |
| CATHALA .... Pathologie médicale.      | HALPHEN .... Oto-rhino-laryngologie.            |
| CHEVALLIER . Pathologie médicale.      | HAZARD ..... Pharmacologie.                     |
| DOGNON ..... Physique.                 | HUGUENIN ... Anatomie pathologique.             |
| FEY ..... Urologie.                    | JOANNON ... Hygiène.                            |



## II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.  
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.  
 LACOMME .... Obstétrique.  
 LANTUÉJOUL . Obstétrique.  
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.  
 LEMAIRE .... Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.  
 M<sup>lle</sup> J. LEVY . Pharmacologie.  
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.  
 MOREAU .... Pathologie médicale.  
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.  
 MOUQUIN .... Pathologie médicale.  
 OBERLING ... Anatomie pathologique.

MM.  
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.  
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.  
 PORTES ..... Obstétrique.  
 RICHEL ..... Physiologie.  
 SANNIE ..... Chimie biologique.  
 SÈNÈQUE .... Pathologie chirurgicale.  
 TROISIER .... Pathologie expérimentale.  
 TURPIN ..... Pathologie médicale.  
 VIGNES ..... Obstétrique.  
 WILMOTH .... Pathologie chirurgicale.

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.  
 ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET .... Pharmacologie.  
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.  
 LEROUX ..... Anatomie pathologique.  
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

## IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.  
 ABRAMI.  
 ALAJOUANINE.  
 AUBERTIN.  
 BRÛLE.  
 CHABROL.  
 CHIRAY.  
 DONZELOT.  
 DUVOIR.  
 HARVIER.  
 LIAN.  
 PASTEUR-VAL-  
 LÉRY-RADOT.  
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.  
 BASSET.  
 BROCC.  
 CADENAT.  
 GATELLIER.  
 HEITZ-BOYER.  
 MOURE.  
 QUÉNU.  
 SCHWARTZ.  
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE.  
 GUENIOT.  
 LE LORIER.  
 LEVY-SOLAL.  
 METZGER.

Clinique obstétricale.

## V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé .....  
 LEDOUX-LEBARD .....  
 WEIL-HALLÉ .....  
 RUPPE .....

Education physique.  
 Radiologie clinique.  
 Puériculture.  
 Stomatologie.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A MA MERE

*Témoignage de ma profonde reconnaissance pour la bonté qu'elle m'a toujours témoignée.*

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MON BEAU-PERE

LE DOCTEUR MARCEL POPP

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GREGOIRE

Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous fait le très grand honneur  
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI FRUCHAUD

Chirurgien des Hôpitaux d'Angers.  
Professeur à l'Ecole de Médecine.

*Qui nous a donné les éléments de  
ce travail, je suis heureux d'exprimer  
ici ma profonde gratitude et ma res-  
pectueuse admiration.*

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE  
ET DES HOPITAUX DE NANTES

M. LE PROFESSEUR MIRALLIE (*in memoriam*)

M. LE DOCTEUR LESVEQUE (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR BAHUAUD

M. LE PROFESSEUR G. BUREAU

M. LE DOCTEUR DURBAIN (Sanatorium de Pen-Bron)

M. LE DOCTEUR PASQUEREAU

M. LE PROFESSEUR LEROUX

## INTRODUCTION

Sans être fréquents, les utérus doubles ne constituent point une rareté. Chaque année, plusieurs publications en sont faites.

Nous avons eu l'occasion d'en observer récemment un cas qui nous est apparu exceptionnel. Dans les recherches que nous avons faites, nous en avons trouvé un seul qui puisse lui être rapproché.

Nous nous proposons de rapporter ici cette observation et de rappeler à ce propos quelques notions générales sur les utérus doubles.

Dans un premier chapitre, nous rappellerons l'histoire de la question; puis, brièvement, les quelques notions d'embryologie nécessaires à faire comprendre leur mode de formation.

Nous donnerons ensuite une classification de ces malformations et nous montrerons en quoi notre observation est différente de celles-ci et de quelle catégorie nous devons la rapprocher.

Nous terminerons cette étude rapide en recherchant comment peut se faire le diagnostic de duplicité utérine et de quelle façon celle-ci doit être traitée.

## OBSERVATION

Madame S..., 41 ans.

### *Histoire clinique.*

En fin de février 1935, cette femme présente un retard de règles de 15 jours.

En Mars, elle va voir le Docteur MOUSSEAU, de St-Mathurin; le 15 ou 20 mars, les règles reviennent, puis se produisent de petites hémorragies qui cessent par le repos au lit.

En Avril, Mai, Juin, Juillet, les règles sont normales comme date, comme durée et comme quantité.

En Août, retard de règles de 15 jours, suivi de 15 jours de pertes sanglantes abondantes. La malade, à ce moment, voit le médecin traitant qui la croit enceinte. En Septembre, petite hémorragie suivie de pertes sanglantes pendant 15 jours. Arrêt de 4 jours, reprise pendant 15 jours. Le Docteur MOUSSEAU constate alors l'existence d'une masse assez volumineuse. Les pertes se terminent le 7 octobre pour reprendre le 7 novembre. Cette nouvelle métrorragie, peu abondante, dure 3 semaines. Pas de bruit du cœur. Le Docteur BOQUEL consulté, croit d'abord à une grossesse; puis à la coexistence de deux choses : grossesse et fibrome.

La malade rentre à la clinique le 26 novembre 1935. L'examen clinique montre une tuméfaction abdominale, fluctuante, irrégulière, ayant tous les caractères d'un kyste de l'ovaire.

Le toucher montre un col utérin augmenté de volume et ramolli. Il semble que les mouvements imprimés à la masse se transmettent mal au col et réciproquement. Par le toucher rectal, on a l'impression de percevoir le fond du corps utérin un peu augmenté de volume; d'autre part, le retard

de règles fait hésiter entre le diagnostic de kyste de l'ovaire et celui de grossesse extra-utérine en évolution dans l'abdomen. (Le résultat de la réaction biologique de la grossesse n'est arrivé, par suite d'un accident de transmission, qu'après l'intervention. Elle a été négative). Radiographie négative; l'injection de Lipiodol montre une cavité utérine de dimensions et de forme normales. Une exploration endo-utérine est pratiquée sous anesthésie après légère dilatation du col; la cavité utérine est vide.

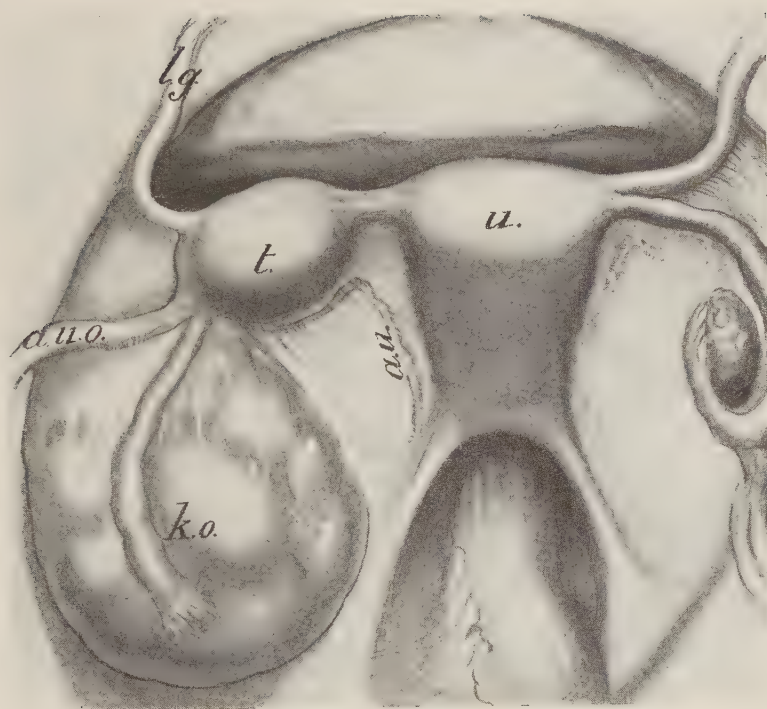
Le 3 décembre 1935, laparotomie: gros kyste de l'ovaire gauche; de plus, sur le bord supérieur du ligament large gauche, en dedans de l'ovaire se trouve une petite tuméfaction arrondie, ayant la consistance d'un fibrome, implantée sur le faite supérieur du ligament large. Cette tuméfaction a la grosseur d'un petit œuf de poule; sur sa face antérieure gauche, s'implante la trompe; de ce point, la trompe se dirige en haut et en dehors, cravatant la face antéro-supérieure du kyste de l'ovaire. Sur la même petite masse située dans le ligament large, s'implante le ligament rond, un peu en avant de la trompe. Enfin, cette petite tumeur du ligament large est rattachée à l'utérus (de dimensions à peu près normales et légèrement déporté à droite) par un tractus fibreux de la dimension d'un crayon, tractus de 2 à 3 cm. de long; l'ovaire droit présente un petit kyste que l'on perce d'un coup de bistouri.

On pratique la ligature et la section du ligament utéro-ovarien et du ligament rond; on constate que l'artère utérine gauche, au lieu de monter vers la corne utérine gauche, passe au bord inférieur de la petite masse du ligament large; on fait une ligature de l'artère utérine à sa partie supérieure sur le bord gauche de l'utérus; on ligature le tractus qui rattache la masse à l'utérus. On pratique l'extirpation en bloc du kyste de l'ovaire et de cette petite tumeur. On termine l'opération par une péritonisation soigneuse du ligament large; on pratique une appendicectomie avec enfouissement.

Les suites opératoires furent simples; la guérison eut lieu en 15 jours.

*Examen de la pièce* (voir figure) : La petite tumeur qui occupait le faite du ligament large est fendue; elle présente des parois épaisses ayant la couleur et la consistance d'un utérus et au centre se trouve une petite cavité tapissée de muqueuses que l'on interprète comme une cavité utérine. D'ailleurs, l'insertion sur cette masse de la trompe, du ligament rond, la disposition des vaisseaux utérins à son bord inféro-externe confirme l'impression qu'il s'agit d'un utérus gauche atrophié. Cet utérus gauche n'étant rattaché à l'utérus droit que par un tractus fibreux. Un prélèvement est fait au niveau de la paroi muqueuse qui tapisse la petite cavité centrale. L'ouverture du kyste de l'ovaire montre un contenu de liquide citrin et des végétations endokystiques au pôle supérieur.

*Examen histologique du 8 décembre 1935* par le Docteur VIALLE, de Tours : le prélèvement présente macroscopiquement deux petites cavités, l'une est tapissée par une muqueuse utérine à nombreux éléments glandulaires normaux, comme une cavité utérine normale; l'autre, plus petite, donne l'aspect d'une dilatation kystique sans éléments glandulaires. Cet examen confirmait le diagnostic clinique d'utérus double.





## HISTORIQUE

De tous temps les défauts de conformation de l'utérus furent connus. Nous nous bornerons à citer les cas les plus caractéristiques.

Dès l'antiquité, HIPPOCRATE mentionne cette anomalie.

Julius OBSEQUENS rapporte dans son livre « De prodigiis » le cas d'une femme adulte, habitant Rome, à vulve double et aussi le cas d'une fille morte en naissant, qui avait deux vulves et deux têtes.

Ce serait, selon MORGAGNI, en 1557, qu'aurait été faite par Antoine COTTI la première dissection d'un utérus à deux corps.

En 1599, Gaspard BAUHIN observe un cas d'utérus « partagé comme chez la chienne » par une cloison médiane et dont l'aspect extérieur était celui d'un utérus normal.

Au XVII<sup>e</sup> siècle, nous trouvons le cas de PURCELL : c'est celui d'une femme morte en couches au neuvième mois de sa grossesse et qui possédait un utérus double à corps indépendants et à cols fusionnés.

Puis ce sont les observations de DIONIS, de BORELLI, de SAVIARD.

En 1705, LITTRÉ publie un mémoire à l'Académie des Sciences.

En 1788, paraît un travail de CANESTRINI.

En 1825, FRAENKEL décrit le cas d'une femme ayant deux vagins et deux utérus séparés.

En 1826, c'est la thèse de CASSAN qui paraît. Elle est illustrée de nombreuses observations.

Mais il faut attendre le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle et KUSMAULL pour trouver une classification anatomique des malformations et un essai d'explication rationnelle d'après l'embryologie.

En 1863, paraît la thèse d'agrégation de LEFORT, mémoire qui fait date dans l'étude des utérus doubles.

En 1872, OLIVIER fait une communication sur un cas d'utérus didelphe.

En 1885, SECHEYRON décrit les brides vésico-rectales et leur attribue une grande importance dans le développement des anomalies utérines.

Par la suite, les observations se multiplient :

C'est PFANNEISTIEL qui, en 1894, publie un cas personnel et réunit 18 observations.

En 1895, c'est GILES, en Angleterre, qui publie 21 observations.

En 1897, CHIRON, en France, fait un travail d'ensemble.

En 1903, OMBRÉDANNE et MARTIN publient leur important mémoire.

Enfin, en 1910, c'est la très belle monographie de PIQUAND sur l'anatomie et le développement des utérus doubles.

Depuis, trop nombreux ont été les travaux et les thèses pour que nous puissions tous les citer.

Notons seulement le travail de GOULLIoud et l'« Etude clinique et thérapeutique des utérus doubles » par GUILLEMINET et MICHON.

Nous trouverons, d'autre part, mentionnés à la bibliographie, les travaux que nous avons consultés pour la rédaction de notre thèse.

## EMBRYOLOGIE

Les utérus doubles sont le reliquat des canaux de Muller dont la fusion n'a point subi son cours ordinaire.

Aujourd'hui, nous savons comment se fait l'évolution de ces canaux et par quel processus ceux-ci vont se transformer en utérus, trompe et vagin.

L'appareil génito-urinaire de l'embryon, au cours du deuxième mois, est constitué par deux corps de Wolff situés de chaque côté de la colonne vertébrale. Le long de chacun de ceux-ci se trouve un canal de Wolff et un canal de Muller qui se croisent. Ces deux canaux vont se grouper avec ceux du côté opposé sur la ligne médiane et s'entourant d'une gaine conjonctive vont former le cordon génital de Thiersch. Ces canaux aboutissent au cloaque où primitivement débouchent l'intestin et l'allantoïde. Ce cloaque se divisera en deux cavités : l'une antérieure, le sinus urogénital, l'autre postérieure, le rectum.

Un peu au-dessus du cordon de Thiersch s'insère sur le canal de Muller le ligament de Hunter, futur ligament rond. Cette insertion divise le canal en deux segments : l'un supérieur donnera la trompe, l'autre va former le canal utéro-vaginal.

Pour faire cela, vers la septième semaine, les ca-

naux de Muller se rapprochent, puis s'accolent et enfin se fusionnent par disparition de la cloison médiane.

Pour certains, tels TESTUT, OMBRÉDANNE et MARTIN, « le rapprochement s'étend de bas en haut, du col au corps, ainsi que la fusion ».

Pour KOLMANN et WIEDERSHEIM, elle commencerait par en haut. Cette opinion paraît peu probable.

Enfin, pour TOURNEUX, et certaines observations, comme l'ont montré WIART et SUREAU, tendent à montrer que sa conception est exacte, la fusion a lieu à l'union du tiers inférieur du cordon de Thiersch avec les deux tiers supérieurs pour s'étendre de là et gagner progressivement les extrémités.

En conséquence, à la fin du quatrième mois, le canal utéro-vaginal, primitivement double, devient un canal simple. Secondairement, son épithélium va subir des modifications qui l'amèneront au type utérin et vaginal.

Lorsque par anomalie, le développement, l'accolement ou la fusion des canaux ne se fait pas, une disposition anormale s'ensuit.

*Classification.* — Ces malformations ont été groupées suivant de nombreuses classifications. La plus fréquemment employée est celle d'OMBRÉDANNE et MARTIN. Elle ne tient pas compte des anomalies du vagin alors que l'embryologie nous montre qu'utérus et vagin ont une origine semblable. Nous verrons aussi que très souvent ce sera la malformation

vaginale qui permettra de soupçonner la duplicité utérine.

Pour ces raisons, nous lui préférons la suivante de DAMBRUN et BERNARDBEIG basée sur les principes donnés par DUBREUIL-CHAMBARDEL :

« 1°) Ne pas séparer les unes des autres les variations de l'utérus et du vagin qui ont absolument la même signification morphogénique et qui, très souvent, se rencontrent ensemble.

2°) S'appuyer sur l'embryologie et se rapporter aux diverses phases de l'évolution du canal génital.

3°) Correspondre aux données physiologiques connues ».

|                   |   |                |                                        | Types          |         |                |
|-------------------|---|----------------|----------------------------------------|----------------|---------|----------------|
| 2 vagins complets | { | Indépendants   | { 2 corps indépendants.<br>2 cols ind. | I              |         |                |
|                   |   | Accolés        | {                                      | Indépendants   | II      |                |
|                   |   |                |                                        | 2 cols         | Accolés | III            |
|                   |   |                |                                        | 2 corps        | Accolés | 2 cols accolés |
| 1 vagin           | { | 2 corps        | {                                      | Indépendants   | V       |                |
|                   |   |                |                                        | 2 cols         | Accolés | VI             |
|                   |   |                |                                        | 1 col          |         | VII            |
|                   |   | Accolés        | {                                      | 2 cols accolés | VIII    |                |
|                   |   |                |                                        | 1 col          | IX      |                |
|                   |   |                |                                        |                |         |                |
| 1 corps           | { | 2 cols accolés | X                                      |                |         |                |
|                   |   | 1 col          | XI                                     |                |         |                |

#### TYPE I-II. — UTÉRUS DIDELPHES

On a des utérus complètement indépendants avec vagin double. Nous groupons les types I et II sous

ce nom. Le type I est le seul que PIQUAND reconnaisse pour didelphe vrai. Nous y rattachons le type II, pseudo-didelphe de PIQUAND, la différence qui les sépare étant peu importante.

Entre les deux utérus indépendants se placent souvent des anses intestinales et particulièrement le rectum qui se rapproche de la vessie et qui, parfois, lui est accolé. Plus fréquemment, une simple lame péritonéale, que nous aurons l'occasion d'étudier, reliera rectum et vessie. Les vagins peuvent être plus ou moins bien développés. Souvent l'un est atrésié, parfois imperforé.

Les cas d'utérus didelphes sont rares. PIQUAND n'en a relevé qu'une vingtaine d'observations.

La pièce d'Ollivier qui est souvent prise comme exemple de cette anomalie, a, ainsi que l'ont remarqué OMBRÉDANNE et MARTIN, les cols accolés.

Une fort belle observation en a été publiée en 1913 par GEMMEL et PATERSON<sup>1</sup>. Elle répond à notre type I. Il existait, en effet, 2 vagins et 2 utérus indépendants. Il y avait de plus une duplicité vésicale et uréthrale. Ce cas est d'autant plus intéressant que la femme accoucha à deux reprises : une première fois par la vulve droite, une autre par la vulve gauche.

Si nous nous en rapportons à l'embryologie, chaque corps utérin ne constitue, en réalité, qu'un héli-utérus et ne doit, en conséquence, n'avoir qu'une seule trompe et un seul ovaire. C'est la règle générale.

(1) *The journal of Obst. and Gyn. of the Bristich Empire*. Janvier 1913, page 25.

Toutefois, dans une observation de GAUTHIER, il existait : à droite un vagin normal mais très long, aboutissant à un utérus muni de deux trompes et de deux ovaires; à gauche, il y avait également un vagin, celui-ci imperforé, et un utérus également muni de deux trompes et de deux ovaires.

Fréquemment, d'autres malformations accompagnent les utérus didelphes. Ce sera parfois une communication du vagin au rectum et à la vessie. D'autres fois, la vessie communiquera avec l'intestin.

### TYPE III. — UTÉRUS BICORNE-BICERVICAL.

Plus fréquent est l'utérus bicorne-bicervical. C'est un utérus double à corps indépendants, à cols accolés et à vagins séparés par une cloison.

En 1705, LITTRÉ décrit une pièce trouvée sur une petite fille de deux mois où « les deux matrices, depuis le col jusqu'à une certaine profondeur n'étaient que comme une seule partagée par une cloison, mais leurs fonds étaient parfaitement distincts et détachés l'un de l'autre. Chaque matrice n'avait qu'une trompe, qu'un ovaire, qu'un ligament rond et qu'un ligament large ».

En 1752, EISENMAN nous rapporte un autre cas absolument typique.

Cette disposition est d'ailleurs fréquente. PIQUAND en a recueilli 242 cas.

La cloison qui sépare les deux vagins n'est pas

toujours complète. Souvent c'est sa partie inférieure qui manque. D'autres fois, mais plus rarement, ce sera la partie supérieure qui n'existera pas, de telle sorte que le vagin, double à sa partie inférieure, aboutit à une cavité unique renfermant les deux cols utérins.

Cette membrane peut se trouver placée juste au milieu du vagin le divisant en deux parties accolées comme « les canons d'un fusil ». Le plus souvent, l'un des vagins est plus grand que l'autre. Les conduits vaginaux sont en général de dimension inférieure à celle d'un vagin normal et ce sera à cause de difficultés dans les rapports sexuels que la femme viendra consulter. Parfois, les deux vagins sont fonctionnels, ainsi que dans le cas rapporté par RICHET. D'autres fois, un seul des vagins est fonctionnel, l'autre est atrésié ou imperforé et cette dernière malformation pourra entraîner un hémocolpos par rétention du sang menstruel.

Les cols utérins présentent une disposition assez variable. Ils peuvent être reliés par une sorte de pont et ce ligament inter-cervical peut présenter toutes les variétés, depuis un simple tractus fibro-graisseux à peine marqué jusqu'à un véritable ligament mesurant plusieurs centimètres de hauteur. Ces cols sont le plus souvent de taille différente et ce sera au plus petit vagin que correspondra le col le plus petit. L'imperfection de l'un des cols pourra entraîner une hématométrie.

Les corps utérins forment une masse ayant la

forme générale d'un Y. Parfois, les branches formées par chacun des corps utérins sont de dimensions sensiblement égales. WOLFSTERN en a publié une observation dans sa thèse. Le plus souvent, un des utérus est plus volumineux que l'autre. L'utérus droit est moitié plus gros que le gauche dans un cas d'OMBRÉDANNE et MARTIN.

L'angle formé par les deux utérus est variable : il est de 50° dans une observation de WOLFSTERN. FOURNIER nous présente une malade dont les utérus forment un angle de 100°; celui-ci est de 130 dans un cas d'OMBRÉDANNE et MARTIN. PAVRET DE LA ROCHE-FORDIÈRE note dans sa thèse un utérus double où un des utérus est vertical et l'autre horizontal.

Lorsque les deux corps utérins sont indépendants, il est encore une particularité fréquente et ceci d'autant plus que les utérus divergent davantage. C'est la présence d'une cloison séreuse reliant la vessie au rectum.

EISENMAN a le premier, signalé cette anomalie.

CASSAN (Thèse Paris, 1828), en donna la première description : « A l'extérieur de l'utérus, écrit cet auteur, on voyait un repli du péritoine, analogue au ligament suspenseur du foie, tendu comme lui, se portant de la face postérieure de la vessie à la face antérieure et supérieure du vagin, dépassant entre les deux corps utérins, se fixant à la face antérieure du rectum ».

OMBRÉDANNE l'a trouvé triangulaire à base rectale et à sommet vésical.

Cette membrane aurait un intérêt double :

1°) Elle jouerait un rôle dans le défaut de coalescence des utérus doubles.

2°) Elle a un grand intérêt pratique. Quand au cours d'une laparatomie elle se remarque, on doit immédiatement songer à la possibilité d'une duplicité utérine et agir en conséquence.

Quand ce ligament vésico-rectal existe, il isole les utérus et divise les culs-de-sac vésico-utérin et le cul-de-sac de Douglas en deux compartiments jumelés. Ce ligament peut se prolonger jusqu'au colon pelvien formant alors un ligament vésico-colo-rectal.

#### TYPE IV. — UTÉRUS BILOCUAIRES TOTALES.

Ils sont accolés sur toute leur hauteur, mais ils sont séparés par une cloison. L'ensemble forme une masse unique qui présente habituellement un sillon sagittal au niveau du fond. Les deux vagins sont séparés par une cloison. Les observations de cette anomalie sont rares.

Gaspard BAUHIN aurait rapporté la première observation. Il s'agissait d'une femme à l'autopsie de laquelle on avait trouvé un utérus d'aspect extérieur normal, mais divisé intérieurement par une cloison.

PIQUAND rapporte une observation personnelle où il constata « l'existence d'une cloison divisant le vagin en deux étroites cavités très allongées, ne permettant qu'avec peine l'introduction d'un doigt... Il

y avait deux cavités utérines séparées sur toute leur étendue par une cloison. Ces cavités paraissaient très étroites et mesuraient seulement une profondeur d'environ 4 centimètres alors que le conduit vaginal en mesurait 8 ».

WIART et SUREAU, plus récemment, ont présenté un autre cas.

TYPE V. — UTÉRUS DOUBLE COMPLET AVEC VAGIN UNIQUE.

De nombreux auteurs font entrer cette variété parmi les utérus didelphes. A notre avis, elle s'éloigne de façon trop nette de la disposition des organes génitaux des marsupiaux et mérite d'être rangée dans une catégorie spéciale.

A cette variété se rattache un cas d'utérus double muni de deux trompes et de deux ovaires qui, à ce point de vue, peut être rapproché de l'observation de GAUTHIER.

Il est dû à HUNNACH CREASDULE<sup>1</sup> Il s'agit d'une femme de 63 ans qui fut opérée pour fibromes. L'un des utérus était réduit à un organe nodulaire creusé d'une cavité et adhérent par un pédicule à la paroi du bassin un peu au-dessus de la crête iliaque gauche. Cette masse était munie de deux annexes, de même que l'utérus normal. Ils étaient sans connexion entre eux.

CHUREAU rapporte un autre cas de ce type sur le-

(1) *American Journal of Obst.* Mars 1894.

quel nous insisterons, celui-ci se rapprochant de notre observation. Il s'agit d'une femme qui est venue consulter pour douleurs au moment des règles. A l'examen, on trouve à droite une masse de la grosseur d'une mandarine, douloureuse et non mobile. L'utérus perçu au toucher est dévié à gauche. Le diagnostic porté est celui d'annexite.

A l'intervention, on constate la déviation de l'utérus vers la gauche. Il n'y a pas de corne droite ni de ligament large à droite de cet utérus.

A droite, existe une tuméfaction péritonéale, rénitente, correspondant à la masse sentie au toucher. Sur cette tuméfaction existe une petite tumeur de la grosseur d'une noix ressemblant à un petit noyau fibromateux. De son angle droit partent le ligament rond et la trompe droite. L'ovaire droit est scléro-kystique. Ce petit nodule est enlevé avec les annexes droites. Il contient une cavité. C'est un petit utérus droit. La tuméfaction sous-jacente effondrée donne naissance à du sang noir et sirupeux. C'est un hémato-colpos classique.

#### TYPE VI. — UTÉRUS BICORNE DOUBLE A VAGIN UNIQUE.

Les cols juxtaposés sont soudés par leurs parois musculaires sur la ligne médiane. Il y a deux mu-seaux de tanche accolés et deux corps indépendants. Le vagin est simple. Parfois au fond du vagin existe un début de cloisonnement. Ces cas forment alors une transition avec notre type III.

TYPE VII. — UTÉRUS BICORNE UNICERVICAL.

Les canaux de Muller se sont juxtaposés au niveau de l'union de leur tiers inférieur et de leur tiers moyen. L'accolement ne s'est point poursuivi vers le haut et la fusion s'est faite seulement à leur partie inférieure.

Cette malformation est très facilement méconnue; le col a un aspect normal, parfois il est un peu élargi. Les corps sont le plus souvent inégaux, leurs cavités sont réduites.

Souvent, on trouve, comme dans l'utérus bicorne bicervical, l'existence d'une bride vésico-rectale.

OMBRÉDANNE et MARTIN rapportent un cas semblable où l'utérus atteint d'annexite fut extirpé malgré cette cloison péritonéale.

Un des premiers cas semble avoir été décrit par BONNEFOUS (in Lefort<sup>1</sup>). A l'autopsie d'une femme de 37 ans, on trouva deux corps utérins, celui de gauche un peu plus volumineux que le droit. Un ovaire unique correspondait au-dehors à chacune des cornes utérines. Le col était unique. En son milieu se trouvait à la place de l'orifice normal une fissure imperforée, mais : « à chacune des extrémités de la fissure existe une ouverture conduisant chacune dans une cavité utérine isolée ».

Dans une observation de DUPUYTREN, rapportée par CASSAN dans sa thèse, l'étude d'une pièce d'autopsie est plus caractéristique.

(1) Thèse d'Agrégation, Paris 1863.

L'utérus bicorne unicervical est un des types les plus fréquents d'utérus doubles. PIQUAND en a rassemblé 261 cas. Depuis les observations se sont multipliées et nous ne pouvons en citer que quelques-unes : cas de LERICHE <sup>1</sup>, RIVES et CHAUVIN <sup>2</sup>, FREDANT <sup>3</sup>, deux cas de POTOCKI <sup>4</sup>.

#### TYPE VIII. — UTÉRUS BILOCLAIRE TOTAL.

On a un vagin unique, deux corps et deux cols accolés.

Le col est en général fort peu élargi et le plus souvent la cloison qui le divise n'arrive pas jusqu'au bord, ce qui fait que l'examen le plus attentif ne pourra déceler aucune anomalie.

Sur le fond de l'utérus, on peut noter une légère dépression qui indique que l'accolement n'est point arrivé à sa perfection. La cloison qui sépare les corps utérins est mince et uniforme. Elle est fragile et pourra facilement être traversée au cours d'un curetage. Cette cloison peut être médiane et diviser l'utérus en deux parties sensiblement égales de grandeur forcément réduite. Si elle est déviée, une des cavités peut être rudimentaire.

Un des utérus peut être oblitéré et pourra alors être la cause d'une hématométrie.

Ainsi, CHAMPEL <sup>5</sup> rapporte une observation où il y

(1) *Lyon-Chirurgical*, 1912, page 581.

(2) In LAURENT. Thèse Montpellier, 1912.

(3) *Bulletin Société*, 1914, page 216.

(4) *Gynécologie et Obstétrique*, 1921, page 66.

(5) *Lyon-Médical*, 1921, page 1082.

avait hématométrie dans la cavité gauche et hémato-salpinx gauche.

PIQUAND cite un autre cas d'utérus biloculaire total.

#### UTÉRUS BILOCLAIRE CORPORÉAL.

Les utérus sont complètement accolés, mais la fusion ne s'est produite qu'au niveau des cols. Cette variété est rarement signalée; le plus souvent elle passe inaperçue.

#### UTÉRUS BILOCLAIRE CERVICAL.

Dans ce type, c'est au contraire, la partie supérieure de la cloison qui s'est résorbée et la partie inférieure qui a subsisté. On a deux cols accolés donnant dans une seule cavité.

Les observations sont très rares.

DAMBRUN rapporte un cas de Kurt Schlutius.

L'observation que nous présentons est différente des cas rapportés jusqu'ici. Seule, l'observation de CHUREAU présente quelque analogie.

Chez notre malade, la masse utérine était réduite à un petit moignon situé dans le faite supérieur du ligament large. Cette tumeur était complètement ignorée, n'ayant donné lieu à aucune complication.

La découverte en fut faite par hasard au cours d'une laparatomie. Les symptômes qui décidèrent

cette laparatomie étaient en relation avec un kyste de l'ovaire.

A l'ouverture du péritoine, apparaît un volumineux kyste de l'ovaire gauche et utérus de dimension sensiblement normale. A gauche de l'utérus, dans le faîte du ligament large, est incluse une masse dure du volume d'un petit œuf de poule et qui ressemble à un fibrome. Elle est reliée à l'utérus par un cordon fibreux. Sur cette masse, le long de son bord gauche et sur sa face antérieure s'implantent l'un derrière l'autre le ligament rond et la trompe gauche. L'artère utérine gauche remonte le long du bord inférieur et externe de cette petite masse.

Le diagnostic d'endométriome auquel nous avions pensé à la découverte de la petite tumeur est éliminé à cause des rapports qui existent entre celle-ci et la trompe et le ligament rond gauche.

Le diagnostic d'utérus double porté à ce moment est confirmé par le laboratoire.

L'intervention terminée par une hémihystérectomie gauche permet d'examiner en détail cet utérus supplémentaire. La cavité utérine est fermée sur elle-même. Pas de col, ni de vagin correspondent à cet utérus. Et pourtant il est fort probable que nous nous trouvions en présence d'un utérus double complet à vagin unique dont la moitié gauche sous l'influence d'une cause inconnue s'est trouvée arrêtée dans son développement.

Le cordon fibreux qui relie les deux utérus doit probablement être rapproché des tractus qui fre-

quemment relie les cols utérins des utérus doubles bicervicaux.

Quant à la présence d'un kyste de l'ovaire à contenu citrin, à côté de cette malformation utérine, elle semble ne pas avoir d'intérêt particulier. Elle n'est sans doute qu'une simple coïncidence. Cette dégénérescence scléro-kystique est d'ailleurs fréquente dans le cas d'utérus double.

## DIAGNOSTIC

Dans notre observation, le diagnostic n'avait été et ne pouvait être soupçonné à aucun moment de l'examen clinique.

Beaucoup d'utérus doubles restent latents toute la vie et ne donnent lieu à aucune symptomatologie. D'autres restent ignorés bien que donnant lieu à des phénomènes étonnants et difficilement explicables : c'est le cas de ces fausses-couches qui se produisent le soir ou le lendemain d'un curettage ou encore de ces grossesses qui continuent à évoluer après curettage et qui se terminent 5 ou 6 mois plus tard par la naissance d'un enfant bien constitué ayant toutes les apparences d'un enfant à terme ainsi que l'illustre observation de MOREL et BARBIER.

C'est encore à ceux-ci qu'il faut attribuer l'histoire rapportée par SOULIGOUX : celui-ci appelé pour examiner la femme d'un médecin, avait conclu à une grossesse et le médecin avait rejeté ce diagnostic à cause de la persistance des règles et surtout à cause de plusieurs examens à l'hystéromètre. L'expectative ayant toutefois été décidée, la grossesse continua à évoluer normalement et l'accouchement eut lieu sans incident.

De tels faits ne peuvent guère s'expliquer que par

la présence d'un utérus double et cloisonné et il est probable que chez ces malades une recherche plus approfondie en ce sens aurait été positive.

Quels sont donc les indices qui peuvent nous faire songer à la duplicité utérine ? Nous allons tâcher de les passer en revue.

*Règles.* — Souvent celles-ci n'ont rien de caractéristique. Elles évoluent comme chez les femmes normales. Le plus souvent, les règles apparaissent simultanément dans les deux utérus. Il n'en est pas toujours ainsi. Dans le cas de SOULIGOUX, nous avons vu les règles persister dans un utérus alors que l'autre était gravide.

FERENCZI, cité par GUÉRIN-VALMALE, rapporte l'histoire d'une femme qui, réglée tous les quatorze jours, tombe enceinte et ne voit plus ses époques que tous les 28 jours.

Un autre exemple est fourni par BIHLAUD : il s'agit d'une jeune fille vierge de 14 ans, qui était « tout le temps dans le sang », l'examen montra qu'elle portait un utérus double et l'un terminait à peine ses règles que l'autre recommençait.

Les règles peuvent être douloureuses. Ces douleurs sont dûes à un défaut de position de l'utérus : rétroflexion, dans un cas de HOUZEL.

Le plus souvent, ces crises douloureuses sont des crises prémonitoires des douleurs permanentes de l'hélatométrie constituée.

Les symptômes fonctionnels éveilleront rarement l'attention. Parfois la difficulté du coït due à une

bride vaginale amènera la femme à consulter. Ce sera chez d'autres, la stérilité ou des avortements répétés.

Mais les signes physiques sont beaucoup plus caractéristiques.

La duplicité vaginale est d'un intérêt de tout premier ordre pour le diagnostic. Sa constatation n'est pas simple ainsi qu'on le pourrait supposer. Rares sont les femmes qui connaissent leur malformation; et cette malade de RICHET (in Lefort) qui, prostituée, donnait suivant son désir, l'un ou l'autre de ses vagins à ses amants, est une exception.

Le double vagin pourra être reconnu au *toucher*. Celui-ci devra être pratiqué avec minutie et à l'aide de deux doigts. Il devra toujours être précédé d'une inspection directe et attentive de la vulve. Malgré ces précautions, si l'un des vagins est atrésié, la cloison passera facilement inaperçue.

La malade d'OKINCZY et HUET avait subi plusieurs examens gynécologiques avant que ne soit découverte la duplicité vaginale.

Les difficultés de diagnostic augmentent lorsque le cloisonnement n'est pas complet.

Une fois la cloison reconnue, il faudra la distinguer d'une bride cicatricielle. Ce n'est pas aisé. Paul CASSAN<sup>1</sup> a écrit : « distinguer les cloisons vaginales des brides cicatricielles est parfois très difficile. La consistance de ces diaphragmes peut être plus ou

(1) Thèse Paris, 1818. Recherches sur les utérus doubles et la superfœtation.

moins altérée par le travail inflammatoire dont il est le point de départ et c'est alors l'état des parois vaginales, autant que les commémoratifs qui aident au diagnostic. « Les erreurs sont fréquentes.

Si le vagin est unique, le diagnostic devient plus délicat. Le toucher ne donnera point de renseignements précis : si les deux cols sont distincts, l'un pourra passer inaperçu car « si le cloisonnement vaginal total n'existe pas, l'erreur est facile car un des cols est dissimulé dans un cul-de-sac » (MAJENC<sup>1</sup>). S'il existe deux cols accolés, le diagnostic au toucher est à peu près impossible.

Le speculum permet de voir sur les parois vaginales antérieures et postérieures, un graphé médian, ébauche de cloisonnement vaginal. Cet examen permettra, parfois, de reconnaître l'existence de deux cols, mais là encore, l'un d'entre eux pourra échapper à l'examen s'il est enfoui au fond d'un cul-de-sac.

Dans le cas d'utérus à deux corps, le toucher combiné au palper sera d'une grande utilité. Mais comme le plus souvent, c'est à l'occasion d'une complication que la femme vient consulter, les erreurs commises sont extrêmement fréquentes, la seconde masse utérine étant prise pour un fibrome, un kyste de l'ovaire ou une tumeur d'annexite.

Deux examens donnent des résultats beaucoup plus probants. Ce sont : l'hystérométrie et la radiographie.

(1) Thèse Toulouse, 1922.

*L'examen à l'hystéromètre* sera pratiqué ainsi que Wolf STERN l'indique dans sa thèse. Il faut introduire deux stylets, un dans chaque corps utérin; non seulement cette pratique permet le diagnostic d'utérus double, mais, grâce à elle, il est permis de se faire une idée du type de malformation devant lequel on se trouve en présence suivant la direction que prennent les tiges des stylets et l'absence ou la présence de contact entre elles.

Les hystéromètres divergent sans se toucher : c'est un utérus didelphe ou bicorne bicervical.

Les hystéromètres ne se rencontrent pas et restent parallèles : c'est un utérus biparté ou biloculaire corporéal.

Les hystéromètres convergent : nous avons un utérus biloculaire cervical.

Ce mode d'investigation ne peut malheureusement pas être toujours pratiqué.

Les stylets ne pourront pas être introduits dans les cas d'atrésie d'un col, ou d'imperforation, ou encore de l'inclinaison trop marqué de l'un des hémioutérus.

Dans notre observation, il est évident que cet examen n'était pas possible.

L'éventualité d'une grossesse restreint l'emploi de cette méthode.

La *radiographie* devra être pratiquée après injection d'une substance opaque, telle le lipiodol, suivant la technique de Claude BECLÈRE à l'aide d'une sonde molle. Elle permettra de reconnaître l'exis-

tence de deux cavités utérines et aussi de se faire une idée de la perméabilité tubaire. Son interprétation est difficile. Cette pratique devra être maniée extrêmement prudemment si on a des doutes de grossesse.

Chez notre malade, l'examen radiographique n'avait donné aucun résultat.

Enfin, dans les cas douteux, il a été conseillé de pratiquer une cystoscopie et un cathétérisme des uretères. Ces examens pourront montrer une anomalie des voies urinaires, ce qui pourra faciliter le diagnostic. En effet, la concomittance des malformations des appareils génito et urinaires est fréquente; les observations en sont nombreuses.

Le malade de VON ENGEL, citée par GUÉRIN-VALMALE, avait une duplicité vésicale et uréthrale.

WOLF STERN rapporte deux exemples de ROKITANSKI : dans l'un, le rein droit manquait, le gauche hypertrophié; dans l'autre, c'était encore le rein droit qui était inexistant, le gauche était atrophié.

Les uretères peuvent avoir leur trajet plus ou moins déplacé. Il peut n'en exister qu'un.

Cette connaissance a une grande importance dans la pratique chirurgicale.

Une malade de JABOULAY (in Guilleminet), décéda par suite de la section d'un uretère unique au cours d'une hystérectomie pratiquée pour cancer développé sur un utérus double.

WIARD et SUREAU rapportent deux autres exemples où l'uretère fut blessé au cours de l'intervention.

Malgré tous ces signes, la présence d'utérus double, reste souvent ignorée. Ceci est sans doute dû à ce que l'éventualité de la malformation est rarement envisagée et que les complications qui amènent la malade à consulter égarent le diagnostic.

Il est toutefois deux conditions où le diagnostic est assez fréquemment fait : c'est dans l'éventualité d'une grossesse ou d'une hématométrie.

La grossesse facilite la découverte de l'anomalie par suite de la fréquence des examens gynécologiques au cours de cette période de la vie de la femme.

L'hématométrie est une complication fréquente à tableau clinique caractéristique. La femme vient consulter parce qu'elle souffre au moment des règles; c'est une douleur sourde, permanente, une sensation de tension. A chaque époque menstruelle, les douleurs augmentent, bientôt elles ne disparaissent plus. La malade constate souvent une augmentation de volume de son ventre. Lorsque cette histoire clinique s'accompagne d'aménorrhée, l'hématométrie est évidente et l'idée d'une malformation est ainsi éveillée.

Malheureusement, souvent les règles persistent dans un utérus et les erreurs de diagnostic sont alors fréquentes.

Dans un cas de VILLARS, cité par GUILLEMINET, on crut à une appendicite.

Dans celui de CHUREAU, c'est le diagnostic d'annexite qui fut porté.

## TRAITEMENT

Les malformations vaginales ne nous arrêteront pas longtemps. Elles peuvent provoquer des difficultés dans les rapports sexuels et devenir de véritables infirmités. Le traitement est simple et bénin : il consiste à enlever la cloison. C'est ce qui fut fait dans un cas de CHAMPEIL chez une jeune femme où le coût était impossible.

L'utérus double n'est justifiable évidemment d'aucun traitement tant qu'il ne survient pas de complications. Ce sera pour les mêmes causes que pour un utérus ordinaire qu'un traitement opératoire s'imposera.

Le traitement pourra être conservateur et consister en hémihystérectomie, ou radical par hystérectomie.

Le traitement conservateur est préférable et cela pour toutes les raisons qui sont données lorsqu'il s'agit d'une opération obstétricale : possibilité de fécondation, troubles d'insuffisance glandulaire. C'est celui-ci que le chirurgien s'efforce d'appliquer chaque fois que cela lui est possible. Ce sont principalement les utérus didelphes qui en bénéficient.

C'est ainsi que chez la malade d'OKINZYC et HUET, atteinte de salpingite, une demi-hystérectomie pratiquée fut suivie de guérison.

DAMBRUN nous rapporte une fort belle observation : il s'agissait d'un utérus didelphe dont le gauche était fibromateux, le droit gravide. Une demi-hystérectomie gauche fut pratiquée et la grossesse continua d'évoluer normalement. La malade accoucha quelques mois plus tard d'un enfant vivant.

Dans un autre cas (GROSS et FRUHINSHOLZ), la malade fit une grossesse et eut un enfant vivant après avoir eu une hémi-hystérectomie pour hémato-salpinx gauche.

Les utérus didelphes ne doivent pas être les seuls à bénéficier du traitement conservateur.

Sur les utérus bicornes, il pourra être employé avec succès : s'il s'agit d'une corne rudimentaire sésile, c'est-à-dire d'une corne dont la cavité ne communique pas avec la cavité utérine, il faudra tailler à même la paroi de l'utérus pour l'extirper et la cicatrice ainsi faite sera tout à fait comparable aux cicatrices consécutives à une myectomie; si la corne est normalement développée, le chirurgien pourra encore tenter son ablation isolée, mais il pourra se heurter dans ce cas à des difficultés telles qu'il sera obligé de se rabattre sur le traitement radical.

Chez notre malade, l'hémi-hystérectomie ne rencontre pas de difficulté.

Mais il est des cas où, nécessité oblige, le traitement devra être radical.

Il en sera ainsi dans les cas de salpingite à lésions pathologiques très étendues ou encore dans les cas de cancer qui nécessitent une large exérèse.

Ce sera d'autres fois, une impossibilité anatomique qui empêchera toute opération conservatrice : ainsi, dans une intervention pour hématométrie unilatérale dans un utérus biloculaire, il ne peut être question d'une thérapeutique conservatrice.

Il sera aussi parfaitement inutile de conserver un utérus ou des annexes qui n'ont aucune valeur physiologique.

## CONCLUSIONS

L'observation que nous avons rapportée est rarissime. Elle ne correspond à aucun type connu.

Nous avons cru devoir la rapprocher des utérus doubles complets à vagin unique.

Le diagnostic de duplicité utérine est difficile, mais il doit être fait le plus souvent. Car si les symptômes fonctionnels sont fréquemment inexistants, les signes physiques sont caractéristiques. Une complication, l'hématométrie, fera fréquemment soupçonner la présence d'une anomalie génitale. L'état de grossesse facilite aussi sa découverte, mais il semble que ce fait soit uniquement dû à la fréquence des examens gynécologiques à ce moment.

L'hystérométrie et la radiophaphie sont d'un utile secours pour confirmer le diagnostic.

L'utérus double en tant que malformation n'est justiciable d'aucune intervention; s'il survient une complication, toutes les fois que cela sera possible, le traitement de l'utérus double devra être conserva-

teur et l'hémi-hystérectomie sera préférée en principe à l'hystérectomie; mais la nécessité obligera souvent le chirurgien à employer un traitement radical.

*Vu, le Doyen,*  
G. ROUSSY.

*Le Président de la Thèse,*  
GRÉGOIRE.

Vu et permis d'Imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

- ADEODATO. — Utérus double myomateux et kyste dermoïde de l'ovaire. *Gynécologie et Obstétrique*, Paris 1925, T. XI, N° 5, page 369.
- BONNET et BECLÈRE. — Utérus didelphe avec vagin double. *Bulletins Sté d'Obstétrique et Gynécologie*, Paris 1929, N° 10, page 698.
- BRINDEAU et BÉCLÈRE. — Grossesse normale dans utérus double. *Bulletins Sté Obstétrique et Gynécologie*, 1928, page 226.
- BROCQ et BÉCLÈRE. — Utérus bicorne avec spina bifida de L5. Diagnostic par radio après Lipiodol. *Bulletins Sté d'Obstétrique et Gynécologie*, 1928, page 227.
- BRYSKIER et BÉCLÈRE. — Un cas d'utérus double (*Bulletins Sté Obstétrique et Gynécologie*, 17, pages 223-226, Mars 1928).
- CHUREAU (R.). — Un cas d'utérus didelphe avec hémato-colpos unilatéral. *Bulletin et Mémoires de la Sté Nationale de Chirurgie*, 24 juin 1935, pages 971-975.
- DAMBRUN et BERNARD-BEIG. — Les utérus didelphes. *Gynécologie et Obstétrique*, Mars 1924, Tome IX, page 292.
- DUBREUIL, CHAMBARDEL. — Les variations utéro-vaginales par cloisonnement longitudinal. (*Annales de Médecine et Chirurgie*, pages 113-116, hiver 1927-1928).
- FOURNIER. — *Sté d'Obstétrique et Gynécologie*, page 109, Année 1931.
- GUÉRIN-VALMALE. — De l'évolution de la puerpéralité dans l'utérus didelphe. *L'Obstétrique*, 1904, page 209.
- GUILLEMINET et LONGUET. — A propos d'un hémato-colpos latéral avec pyocolpos. *Bulletin et Mémoires de la Sté*

*Nationale de Chirurgie*. Décembre 1929, page 1404 et suivantes.

GUILLEMINET et MICHON. — Etude clinique et thérapeutique des utérus doubles à propos de dix observations inédites. *Gynécologie et Obstétrique*, Paris 1924, page 145.

HEULLY et GUILLEMIN. — *Gynécologie et obstétrique*, 1920, page 398.

JAYARE. — Grossesse utérine dans un utérus bicorne simulant grossesse tubaire. *Sté Obstétrique et Gynécologie*, page 314, Année 1933.

JAYMES. — Grossesse utérine dans un utérus bicorne simulant une grossesse tubaire. *Bulletins Sté Obstétrique et Gynécologie*, page 315.

JUNG (J.). — Utérus double avec grossesse alternativement à droite et à gauche. *Bulletins Sté Obstétrique et Gynécologie*, novembre 1927, page 682.

LE LORIER. — Utérus double et vagin double. *Sté Obstétrique et Gynécologie*, Paris, Séance du 5 novembre 1934.

LORiot (G.). — Grossesse dans un utérus double. *Bul. Sté Obstétrique et Gyn.*, pages 364-366. Mai 1931.

MADON et BATLLE. — Hémi-hystérectomie dans un utérus bicorne gravide. *Bul. Sté Obstétrique et Gynécologie*, Année 1934, page 579.

MICHON (L.). — A propos des utérus doubles. *Lyon Chirurgical*, Novembre 1928, page 107.

MOREL et BARBIER. — *Bulletin Sté Obstétrique et Gynécologie*, page 144, 1934.

PAPIN (F.). — Pyocolpos latéral. *Gynécologie et Obst.* Février 1932, page 111.

PIQUAND. — Les utérus doubles. Anatomie et développement Année 1910, page 401.

POTOCKI. — Dystocie par corne non fléchie dans un utérus didelphe. Opération césarienne. *Gyn. et Obstétrique*, 1920, Tome II, page 22.

SANTY-MICHON, COTTE, GOULLIoud, ROCHET (Ph.), JAMIN et TAVERNIER. — Discussion sur les utérus doubles. Communication à la Sté de Chirurgie de Lyon, dans *Lyon*

*Chirurgical*, Tome XXVI, Janv.-Février 1929, pages 89-107-123-124.

**VANVERTS.** — Utérus et vagin doubles. Imperforation de l'un des vagins. Hématométrie et hémato-colpos. *Bul. Sté Obstétrique et Gynécologique*, 1929, page 554.

**WIART et SUREAU.** — Sur un cas d'utérus double avec vagin partiellement double. *Gyn. et Obst.* Paris, XI, I, page 101.

**WOLF STERN.** — Contribution à l'étude des utérus doubles sans hématométrie. *Thèse Paris*, 1910.









